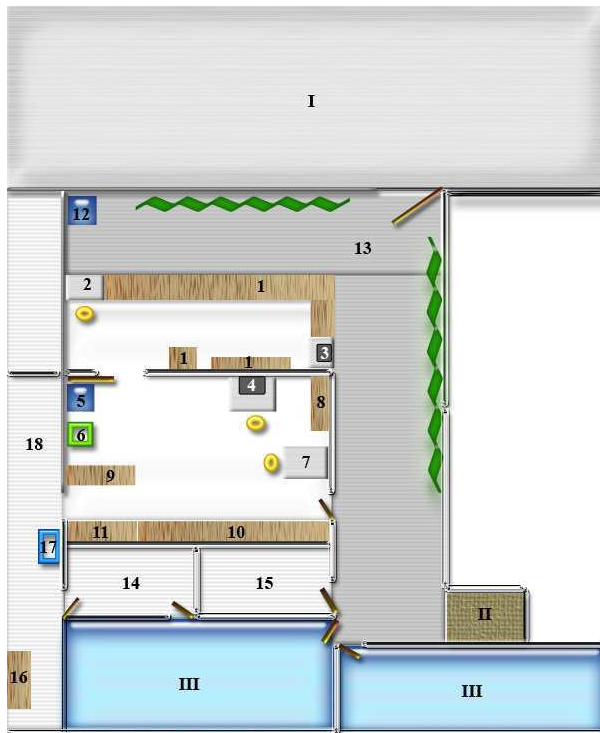


# LAMPIRAN 1

## DENAH APOTEK TIRTA FARMA



**Keterangan :**

- |   |  |
|---|--|
| I : Lahan Parkir.                                   | 9 : Lemari Generik P-Z, Obat Tetes Mata, Hidung dan Telinga, SalepS-Z.                     |
| II : Musholla.                                      | 10 : Lemari Obat-obat Paten, Salep A-P.  |
| III : Ruang Praktek Dokter.                         | 11 : Lemari Obat Psikotropika dan Narkotika, Tempat Alat-alat Peracikan.                   |
| 1 : Lemari Obat OTC.                                | 12 : Lemari Es untuk Minuman Dingin.   |
| 2 : Tempat KIE.                                     | 13 : Ruang Tunggu Pasien.  |
| 3 : Komputer.                                       | 14 : Toilet Karyawan.  |
| 4 : Meja Kerja, Komputer, Telepon, Faximile.        | 15 : Toilet Umum.  |
| 5 : Lemari Es untuk Obat dengan Penyimpanan Khusus. | 16 : Lemari tempat penyimpanan buku-buku kefarmasian, resep dokter serta faktur pembelian. |
| 6 : Gudang Sementara.                               | 17 : Tempat Mencuci Peralatan.   |
| 7 : Meja Peracikan.                                 | 18 : Lorong.   |
| 8 : Lemari Generik A-O, Sirup Obat Keras, Brankas.  |  |

## LAMPIRAN 2

### MACAM-MACAM ETIKET

<b>APOTEK TIRTA FARMA</b> Jl. Kahuripan No. 32, Surabaya Telp. 031-5676712 APA : Adinda Dessi Irawati, S.Farm., Apt.	
No. Nama obat : Keterangan Pemakaian :	Tgl.
Nama Pasien :	Umur :



<b>APOTEK TIRTA FARMA</b> Jl. Kahuripan No. 32, Surabaya Telp. 031-5676712 APA : Adinda Dessi Irawati, S.Farm., Apt.	
No.   <div style="text-align: center; padding: 10px;">         .... X sehari .... Sendok teh / makan          Sebelum / sesudah makan       </div> Nama Pasien :	Tgl.   Umur :

**KOCOK DAHULU**

<b>APOTEK TIRTA FARMA</b> Jl. Kahuripan No. 32, Surabaya Telp. 031-5676712 APA : Adinda Dessi Irawati, S.Farm., Apt.	
No. Nama obat : Keterangan Pemakaian :	Tgl.
Nama Pasien :	Umur :

**OBAT LUAR**

**LAMPIRAN 3**  
**BLANKO TURUNAN RESEP**

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: left;"> <b>APOTEK TIRTA FARMA</b>              Jl. KAHURIPAN No. 32 SURABAYA              Phone/Faximile : (031) 5676712              A.P.A. : ADINDA DESSI IRAWATI, S.Farm., Apt.              SP/SK : KP.01.03.1.3.2982 / KP.00.03.1.3.2981           </div>	
<b><u>COPY / TURUNAN RESEP</u></b> Serial No.	
Tgl. Resep Asli : .....	No. R/ : .....
Oleh Dokter : .....	
Tgl. Resep dibuat : .....	No. R/ : .....
Pro : .....	Umur : ..... BB : .....
Alamat : .....	
Telp. : .....	HP : .....
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <p style="font-size: 2em; margin-top: 20px;">R/</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">ITER</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> </div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: left;">p.c.c</div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 150px;">             Penerima Obat               _____              ( Nama Terang )           </div> </div>	

## LAMPIRAN 4

### BLANKO KUITANSI

Lembar 1 :

 <p><b>APOTEK TIRTA FARMA</b> Jl. KANDUNIRI No. 22 SURABAYA PO-BOX 6000 / 10000 SURABAYA Telp. (031) 4251111 / 4251112 Faks. (031) 4251113 SMS: 081211111111 / 08121111112</p>	Kuitansi No. : _____ CTF/20 _____		KSTJ (Customer)											
	Salahsatu dari _____													
	Uang sejumlah : _____													
	Dikawatirkan bayaran : _____													
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Pelayanan Obat :</td> <td style="width: 33%;">No. _____</td> <td style="width: 33%;">Dokter : _____</td> </tr> <tr> <td>1. Tgl. _____</td> <td>No. _____</td> <td>Dokter : _____</td> </tr> <tr> <td>2. Tgl. _____</td> <td>No. _____</td> <td>Dokter : _____</td> </tr> <tr> <td>3. Tgl. _____</td> <td>No. _____</td> <td>Dokter : _____</td> </tr> </table>			Pelayanan Obat :	No. _____	Dokter : _____	1. Tgl. _____	No. _____	Dokter : _____	2. Tgl. _____	No. _____	Dokter : _____	3. Tgl. _____	No. _____
Pelayanan Obat :	No. _____	Dokter : _____												
1. Tgl. _____	No. _____	Dokter : _____												
2. Tgl. _____	No. _____	Dokter : _____												
3. Tgl. _____	No. _____	Dokter : _____												
Tanda tangan _____ (Tanda tangan Rp. _____)														

Lembar 2 :

 <p><b>APOTEK TIRTA FARMA</b> Jl. KANDUNIRI No. 22 SURABAYA PO-BOX 6000 / 10000 SURABAYA Telp. (031) 4251111 / 4251112 Faks. (031) 4251113 SMS: 081211111111 / 08121111112</p>	
Tgl. Masuk Obat _____	No. Rp. _____
Qunt. Obat _____	
Tgl. Masuk Obat _____	No. Rp. _____
Plas _____	Qunt. Rp. _____
Wsp _____	
 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">ITEM</div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 Dikawatirkan Obat _____                  (Tanda tangan) _____             </div> </div>	

**LAMPIRAN 5**  
**BLANKO SURAT PESANAN OBAT**


**APOTEK TIRTA FARMA**  
J. KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA (2017) 5010111

---

**SURAT PESANAN**

No. ....  
 NPA : Apotek Tirta Farma, S. Farma, Agi  
 SIA : 201.4450182051A/1365.50152009

Kepada Yth,  
 .....  
 .....

Dengan Hormat,  
 Bersama ini kami kirimkan barang-barang tersebut di bawah ini:

No.	Jumlah	Nama Obat / Allos



**LAMPIRAN 6**  
**TANDA TERIMA**

**APOTEK TIRTA FARMA**  
**Jl. Kahuripan no. 32, Surabaya**  
**Telp/Fax. 031-5676712**

**TANDA TERIMA TUKAR FAKTUR**

Telah terima dari : .....

Tgl.	No.Faktur	Nilai tagihan	Keterangan

Surabaya,

\_\_\_\_\_

**KARTU STOK**[illegible]

## LAMPIRAN 8

### FAKTUR

<b>FAKTUR</b> <small>PT. ANGLERAH PHARMASINDO LESTARI</small> Cabang: PT. APL Surabaya NIP: 31028766/PC.1.3.7.3.11/IX/96 NO/PO/DPL/PL/TS		Hal: 1 / 1 TOP S030 ETHICAL 3857 18409567		KEPADA: TIRTA FARMA, AP., KODE CUST: 227023 JL. KAHURIPAN NO. 32 RT. 04/07 TEGAL SARI SURABAYA NPWP: 18.522.124.9-819.000		DIKIRIM KE: TIRTA FARMA, AP., JL. KAHURIPAN NO. 32 RT. 04/07 TEGAL SARI SURABAYA		ASLI
NO. SPB	ORDER RSN	TGL. FAKTUR	TGL. JTH TEMPO	RYN. JUAL	RYN. TAGIH	RYN. KIRIM	KETERANGAN	
41840297	001	19.05.2010	18.06.2010	141105/01	GSF005	141D64	0,00/0,00	
NAMA BARANG				BATCH	EXP. DATE	UNIT	HARGA SATUAN	HARGA TOTAL
MCSA250 SANGOBION CAP 250 mg/ml MLDECT10 DECOLGEN TAB'S 100% COOBH10 OBHC Batuk Flu MHI 100 ml				0091655	31.03.2013	1 BOX	169.368	169.368
				0009501	01.02.2013	1 BOX	28.188	28.188
				001066	31.01.2012	2 BTL	8.300	16.600
TOTAL 1		POT. PENJUALAN	POT. CASH	TOTAL 2	P.P.N	METAS	JUMLAH TAGIHAN	
214.176		1.664	0	212.482	21.248	0	233.730	
TERBUKA : Dua ratus tiga puluh tiga ribu tujuh ratus tiga puluh rupiah MTA : 19.05.2010.23:59 WIB TGL. DITERIMA : JAM DITERIMA :								
 1411492999				Perhatian : • Faktur Asli berlaku sebagai Kwitansi • Pembayaran dengan Giro & Cheque dll dianggap lunas setelah disetujui • Barang yang sudah dibayar tidak dapat dikembalikan/ditukar dengan apapun				
19.05.2010, 11:18 WIB PUSPA NOWANTI 331.41/300/404.3.2/2008 KAPENANGGUNG JAWAB					HORMAT KAMI : JOSHIANTO TANUHAJ BRANCH MANAGER			



**LAMPIRAN**  
**LAPORAN NARKOTIKA DAN PSIKOTROPIKA**



**A P O T E K    TIRTA FARMA**

JL. KAHURIPAN No. 32 SURABAYA – Phone/Faximile : (031) 5676712  
A.P.A. : ADINDA DESSI IRAWATI, S.Farm., Apt.  
SP/SK : KP.01.03.1.3.2982 / KP.00.03.1.3.2981

---

Hal : Laporan Psikotropika – Narkotika  
Lampiran : 1. Laporan Penggunaan Narkotika  
              2. Laporan Penggunaan Psikotropika

Kepada  
Yth. Kepala Balai Besar POM Surabaya  
di Jl. Karang menjangan no. 20  
Surabaya

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan Laporan Penggunaan Narkotika dan Psikotropika selama Bulan Juli 2011 di Apotek Tirta Farma yang beralamat di Jl. Kahuripan No. 32, Surabaya. Telp (031)-5676712.

Demikian untuk menjadikan periksa, terima kasih.

Apoteker Pengelola Apotek

Adinda Dessi Irawati, S. Farm., Apt.  
No. SP/SK : KP.003.03.1.3.2981

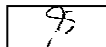
Tembusan kepada Yth :  
1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur



## Laporan Narkotika Bulan Juli 2011

Unit Layanan : TIRTA FARMA

Data ini sudah di verivikasi oleh Apoteker Penanggung Jawab Apotik : Adinda Dessi Irawati, S. Farm., Apt.  
Tanggal :



Nama	Satuan	Saldo Awal	PEMASUKAN		PENGUNAAN		Saldo Akhir
			Dari	Jumlah	Untuk	Jumlah	
Codein 10 mg Tablet	Tablet	0	PT.KIMIA FAR	500	NIHIL	0	500
Codipront Cum Exp Ka	Kapsul	8	(blank)	0	NIHIL	0	8
Codipront Cum Exp Sy	Botol	1	(blank)	0	NIHIL	0	1
Codipront Syrup	Botol	1	(blank)	0	NIHIL	0	1
Doveri 100 mg Tablet	Tablet	880	(blank)	0	NIHIL	0	880



## Laporan Psikotropika Bulan Juli 2011

Unit Layanan : TIRTA FARMA

Data ini sudah di verivikasi oleh Apoteker Penanggung Jawab Apotik : Adinda Dessi Irawati, S. Farm., Apt.  
Tanggal :

75

Nama	Satuan	Saldo Awal	PEMASUKAN		PENGUNAAN		Saldo Akhir
			Dari	Jumlah	Untuk	Jumlah	
Diazepam 2 mg	Tablet	641		0	NIHIL	0	641
Esilgan 1 mg	Tablet	6		0	NIHIL	0	6
Frisium 10 mg	Tablet	90		0	NIHIL	0	90
Luminal 30 mg	Tablet	906.5		0	NIHIL	0	906.5
Valizanbe 2 mg Tab	Tablet	12		0	NIHIL	0	12
Xanax 0,5 mg Tab	Tablet	46		0	RESEP	35	11
Analsik	Tablet	101		0	RESEP	50	51
Braxidin Tab	Tablet	65		0	RESEP	30	35
Amitriptilin	Tablet	9		0	NIHIL	0	9
Carbamazepin	Tablet	100		0	NIHIL	0	100
Sanmag	Tablet	95		0	RESEP	35	60
Valizanbe 5 mg Tab	Tablet	76		0	NIHIL	0	76

**LAMPIRAN 10**  
**BLANKO SURAT PESANAN OBAT NARKOTIKA**

Rayon :		Model N 9	
No. S.P. :		Lembar ke 1 / 2 / 3 / 4	
<b><u>SURAT PESANAN NARKOTIKA</u></b>			
Yang bertanda tangan dibawah ini :			
	Nama :	.....	
	Jabatan :	.....	
	Alamat Rumah :	.....	
mengajukan pesanan narkotika kepada :			
	Nama distributor :	PBF KIMIA FARMA	
	Alamat & No. Telp. :	.....	
sebagai berikut :			
Narkotika tersebut akan dipergunakan untuk keperluan			
apotik .....			
lembaga .....			
			.....200.....
			Pemesan,
			( ..... )
			No. S.I.K.

Rayon :		Model N 9	
No. S.P. :		Lembar ke 1 / 2 / 3 / 4	
<b><u>SURAT PESANAN NARKOTIKA</u></b>			
Yang bertanda tangan dibawah ini :			
	Nama :	.....	
	Jabatan :	.....	
	Alamat Rumah :	.....	
mengajukan pesanan narkotika kepada :			
	Nama distributor :	PBF KIMIA FARMA	
	Alamat & No. Telp. :	.....	
sebagai berikut :			
Narkotika tersebut akan dipergunakan untuk keperluan			
apotik .....			
lembaga .....			
			.....200.....
			Pemesan,
			( ..... )
			No. S.I.K.

Rayon :  
No. S.P. :

Model N 9  
Lembar ke 1 / 2 / 3 / 4

### SURAT PESANAN NARKOTIKA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
Jabatan : .....  
Alamat Rumah : .....

mengajukan pesanan narkotika kepada :

Nama distributor : PBF KIMIA FARMA  
Alamat & No. Telp. :

sebagai berikut :

Narkotika tersebut akan dipergunakan untuk keperluan  
apotik .....  
lembaga .....

..... 200.....  
Pemesan,

( ..... )  
No. S.I.K.

Rayon :  
No. S.P. :

Model N 9  
Lembar ke 1 / 2 / 3 / 4

### SURAT PESANAN NARKOTIKA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
Jabatan : .....  
Alamat Rumah : .....

mengajukan pesanan narkotika kepada :

Nama distributor : PBF KIMIA FARMA  
Alamat & No. Telp. :

sebagai berikut :

Narkotika tersebut akan dipergunakan untuk keperluan  
apotik .....  
lembaga .....

..... 200.....  
Pemesan,

( ..... )  
No. S.I.K.

**LAMPIRAN 11**  
**BLANKO SURAT PESANAN OBAT PSIKOTROPIKA**

No. SP :

Tgl :

**SURAT PESANAN PSIKOTROPIKA**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Adinda Dessi Irawati, S.Farm., Apt.  
Alamat Rumah : Jl. Bratang Binangun Vb/42 Surabaya  
Jabatan : Apoteker Pengelola Apotek

Mengajukan permohonan kepada :

Nama Perusahaan :  
Alamat & No.Telp :

Jenis psikotropika sebagai berikut :

No.	Jumlah	Nama Obat

Untuk keperluan :

Nama : Apotek "TIRTA FARMA"  
Alamat : Jl. Kahuripan no. 32, Surabaya  
Telp : 5676712

Surabaya,  
Apoteker Pengelola Apotek

Adinda Dessi Irawati, S.Farm., Apt.  
SP/SK : KP.01.03.1.2982

**LAMPIRAN 12**  
**DAFTAR NARKOTIKA DI APOTEK TIRTA FARMA**

1. Codein 10 mg Tablet
2. Doveri 100 mg Tablet
3. Codipront Syrup
4. Codipront Cum Expectorant Kapsul
5. Codipront Cum Expectorant Syrup

**LAMPIRAN 13**  
**DAFTAR PSIKOTROPIKA DI APOTEK TIRTA FARMA**

1. Diazepam 2 mg
2. Esilgan 1 mg
3. Frisium 10 mg
4. Luminal 30 mg
5. Valizanbe 2 mg Tablet
6. Valizanbe 5 mg Tablet
7. Xanax 0,5 mg Tablet
8. Analsik
9. Braxidin Tablet
10. Amitriptilin
11. Carbamazepin
12. Sanmag